

FAX

潮来市社会福祉協議会（ 0299-63-1265 ）
またはメール（ soumu@itakosyakyo.jp ）まで

◆福祉体験学習シート◆

記入日	令和 年 月 日
学校名/学年/人数	学校 年生（ 組 名）
担当教諭	先生 電話番号： E-mail：
希望講座 (○で囲んで下さい)	車いす・高齢者擬似体験・認知症講座・手話・点字
候補日時	① / () : ~ :
	② / () : ~ :
	③ / () : ~ :
実施会場	教室・体育館・運動場・その他()
(社協への要望や体験学習で重視したい点などあれば)	

《福祉体験学習シートの活用方法》

1. 福祉体験学習を行うことになった場合、本シートを潮来社協へ FAX またはメールで送信してください。
2. 内容を確認後、上記の候補日をもとに、関係者と連絡調整した上で、日程を決定いたします。
3. 担当者より学校担当教諭へ連絡を入れ、打合せを行わせていただきます。
4. 関係者との調整等の都合上、**実施予定日の1ヶ月前**を目安にご連絡下さい。
5. FAX またはメール送信後、1週間たっても、当方から連絡がない場合は恐れ入りますが、お問合せください。
6. ご不明な点がございましたら社協内**ボランティアセンター担当者 (tel : 63-1296)**までご相談下さい。

(R/4/1)